

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

POUR LE

N^o

384

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Marc DÉCAMPS

Ancien Interne de l'Hôpital de Fontainebleau.

Né le 26 mai 1911, à Anzin (Nord).

**Fonctionnement d'un Hôpital Sanatorium
de Province (Fontainebleau)
Les résultats de 1927 à 1937**

Président : M. Robert DEBRÉ, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1938

RIJKSUNIVERSITEIT LEIDEN



0535 5206

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Marc DÉCAMPS

Ancien Interne de l'Hôpital de Fontainebleau.

Né le 26 mai 1911, à Anzin (Nord).

Fonctionnement d'un Hôpital Sanatorium
de Province (Fontainebleau)
Les résultats de 1927 à 1937

Président : M. Robert DEBRÉ, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1938

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	N...
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	{ LOEPER.
	{ CARNOT.
	{ CLERC.
	{ Marcel LABBÉ.
	{ LEREBoullet.
	{ NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	{ GOSSET.
	{ GRÉGOIRE.
Clinique chirurgicale	{ LENORMANT.
	{ TERRIEN.
Clinique ophtalmologique	{ MARION.
Clinique urologique	{ COUVELAIRE.
	{ JEANNIN.
Clinique d'accouchements	{ LÉVY-SOLAL.
	{ MOCQUOT.
Clinique gynécologique	{ OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	{ RATHERY.
Clinique thérapeutique médicale	{ LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	{ Pierre DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale	{ Maurice VILLARET.
Clinique propédeutique	{ BEZANÇON.
Clinique de la Tuberculose	{ MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	{ LAUBRY.
Clinique cardiologie	{ CROUZON.
Clinique d'Assistance médico-sociale	{ HOVELACQUE.
	{ MULON.
Professeurs sans chaire	{ OLIVIER.
	{ VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	DOGNON Physique.
BARIÉTY Pathologie médicale.	FEY Urologie.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	FUNCK Pathologie chirurgicale.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BEZANÇON	GASTINEL Bactériologie.
(Justin) Hydrologie.	DE GAUDART D'ALLAINES. Patholo-
BOULIN Pathologie médicale.	gie chirurgicale.
BULLIARD Histologie.	GAYET Physiologie.
CATHALA Pathologie médicale.	DE GENNES .. Pathologie médicale.
CHEVALLIER.. Pathologie médicale.	GIROUD Histologie.
COSTE Pathologie médicale.	HAGU'ENAU.... Pathologie médicale.



II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN Anatomie pathologique.
JOANNON Hygiène.
LACOMME Obstétrique.
LANTUEJOL.. Obstétrique.
LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
LELONG Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathologie expérimentale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.
M^{lle} J. LEVY .. Pharmacologie.
LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
MÉNÉGAUX ... Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ... Pathologie médicale.
MOREAU Pathologie médicale.

MM.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN Pathologie médicale.
OBERLING Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE.. Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
RENARD Ophtalmologie.
RICHET Physiologie.
SANNIE Chimie biologique.
SENEQUE Pathologie chirurgicale.
TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
TURPIN Pathologie médicale.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT Physiologie.
LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.

MM.
LEROUX Anatomie pathologique.
PHILIBERT ... Bactériologie.
VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
ALAJOUANINE.
AUBERTIN.
BRULÉ.
CHABROL.
DONZELOT.
DUVOIR.
LIAN.
PASTEUR-VAL-
LERY-RADOT.
SEZARY.
 } Clinique médicale.

MM.
BASSET.
BROcq.
CADENAT.
GATELLIER.
MOURE.
QUENU.
SCHWARTZ.
VELTER.
 } Clinique chirurgicale.

MM.
ECALLE.
METZGER.
 } Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
LEDoux-LEBARD Radiologie clinique.
RUPPE Stomatologie.
WEIL-HALLÉ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553032_0010

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Mort au Champ d'Honneur.

A MA MÈRE

*J'offre ce modeste témoignage d'affection
et de reconnaissance, faible compensation
d'une vie de sacrifices qu'elle s'imposa
pour moi.*

A MA FEMME.

A MON FRÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROBERT DEBRÉ

Membre de l'Académie de Médecine.

Médecin de l'Hôpital Herold.

Qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de ma respectueuse gratitude.

A TOUS MES MAITRES DE LA
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS :

MESSIEURS LES PROFESSEURS ABRAMI
GUILLAIN
NOBECOURT.

MESSIEURS LES DOCTEURS CHIRIE
BAUMGARTNER.

A MES MAITRES

MONSIEUR LE DOCTEUR PETIT

Chirurgien des Hôpitaux de Rouen.
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

MESSIEURS LES DOCTEURS MATRY ET PHILARDEAU

Chirurgiens de l'Hôpital de Fontainebleau.
Anciens Internes des Hôpitaux de Paris.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL

Président de l'Association des Médecins du Nord à Paris.

*et en son nom à tous les Membres du
Nord Médical.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR CORDEY

Médecin de l'Hôpital de Fontainebleau.

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

*Qui fut l'artisan et qui reste l'animateur
du centre de Phthisiologie de Fontainebleau.*

*Je tiens à lui exprimer ici tout mon respect
et toute ma profonde gratitude.*

INTRODUCTION

Les diverses statistiques publiées sur le résultat du traitement des tuberculeux pulmonaires se rapportent toutes à de grandes formations spécialisées : Sanatoria ou Services d'Hôpitaux de grandes villes.

Les malades provinciaux restent nombreux, cependant, qui ne peuvent songer à être tous reçus dans ces centres nécessairement trop étroits, et qui doivent faire appel à des Hôpitaux locaux.

Il est, dès lors, très vraisemblable que certaines villes d'importance moyenne ont été appelées à créer, dans leur hôpital, un service spécialisé de phthisiologie drainant les malades des communes et de la campagne voisines.

Or, si ces petits centres existent, aucun travail, à notre connaissance, ne nous renseigne sur leur fonctionnement, aucune statistique ne nous fait connaître leurs résultats.

Il nous a donc paru intéressant de décrire ici comment s'est créé, à l'Hôpital de Fontainebleau, un service de tuberculose pulmonaire, la façon dont nous l'avons vu fonctionner pendant nos années d'Internat, enfin d'exposer les résultats de dix ans de traitement, de 1927 à 1937.

Nous n'envisagerons ici, au point de vue statistique,

que le cas des tuberculeux adultes bien que l'Hôpital, dans son service de médecine infantile, ait aussi à traiter des enfants tuberculeux. En effet, le nombre des enfants tuberculeux hospitalisés est peu important et n'apporte pas d'élément appréciable pour ce travail.

ORGANISATION DU SERVICE

En 1927, l'Hôpital de Fontainebleau, ne disposant que de vieux bâtiments datant du XVII^e siècle plus ou moins modernisés, ne recevait qu'un nombre relativement restreint de tuberculeux pulmonaires : 60 sur 311 malades hospitalisés en médecine cette année là, ce qui représente 19,6 p. cent du nombre des entrées.

Au cours des années suivantes, cette proportion croît régulièrement. Elle atteint, en 1935, 25,6 p. cent (503 entrées dont 129 tuberculeux). A cette époque, les services sont transférés, en raison de l'insuffisance des anciens locaux, dans un Hôpital nouvellement édifié qui va permettre de donner au service des tuberculeux toute l'extension désirable.

En 1937, le nombre de ces malades passe à 176, soit 28 p. cent des 610 malades hospitalisés en médecine.

Ainsi s'est créé peu à peu une sorte d'Hôpital-Sanatorium qui, tout en continuant à recevoir les malades de médecine générale et à suffire de la sorte aux besoins locaux, s'est plus particulièrement orienté vers le traitement des tuberculeux pulmonaires, réalisant un véritable Centre Régional de phtisiothérapie.

En effet, si nous étudions le recrutement de nos

tuberculeux, nous les voyons venir non seulement de Fontainebleau, mais des Communes avoisinantes dans un rayon d'une vingtaine de kilomètres, des Villes voisines dont l'hôpital n'est pas spécialement adapté au traitement de cette catégorie de malades (à ce sujet, depuis l'organisation des services de phtisiologie à l'Hôpital de Fontainebleau, la ville de Melun a créé, elle aussi, un pavillon spécialisé pour tuberculeux, ce qui a supprimé pour Fontainebleau le recrutement des malades de cette ville).

Et ce sont ces divers courants qui ont réalisé un groupement suffisant de malades, groupement sans lequel ne peut s'organiser un centre bien outillé et entraîné.

Actuellement, le service, assuré par le Médecin-Chef, deux Médecins-Adjointes et deux Internes, peut recevoir 72 tuberculeux (un pavillon spécial aménagé pour ces malades, occupé provisoirement par les services médicaux militaires de la garnison, pourra suivant les besoins être affecté au service de phtisiologie).

L'édifice qui abrite le service, de construction toute récente, comporte un bâtiment central aux deux extrémités duquel sont apposées deux grandes ailes. Ces ailes ont une direction perpendiculaire au bâtiment central et s'y rattachent par leur milieu. Elles sont, seules, réservées aux tuberculeux, l'une aux hommes, l'autre aux femmes.

Leur orientation est telle qu'elles reçoivent directement les rayons solaires sur l'une puis l'autre de

leurs facades pendant la plus grande partie de la journée. Leur espacement est suffisant pour qu'elles soient largement éclairées et ne puissent s'assombrir réciproquement.

Chacune des ailes est coupée par un hall central sur lequel s'ouvrent deux vastes salles boxées. Ces salles, rectangulaires, ont leurs deux facades les plus longues percées de grandes fenêtres symétriques. Une cloison médiane assez haute y sépare deux rangées de lits, disposées de telle manière que chacune d'elles regarde les fenêtres de la façade correspondante. Chaque lit est isolé des lits voisins par une cloison qui vient se fixer à la cloison médiane. Cette disposition a l'avantage de séparer suffisamment les malades, tout en leur permettant de recevoir largement et directement air et lumière; elle laisse sur tout le pourtour de la salle un espace libre où l'on peut aisément circuler.

Le segment central du bâtiment, lui, groupe en un seul bloc les services communs : le bureau des médecins où se trouvent classés les dossiers des malades, les bureaux des surveillantes; une salle de pesées; le laboratoire qui effectue tous les travaux bactériologiques nécessaires : examen direct, homogénéisation, cultures et inoculations des crachats; enfin, deux salles d'insufflations spécialement aménagées pour le service des hommes et pour celui des femmes. Dans ces salles se pratiquent chaque jour les interventions courantes (pneumothorax, ponctions, lavages de plèvre, intra-veineuses).

Toutes ces salles s'ouvrent de chaque côté d'un long corridor qui va rejoindre les deux ailes réservées aux malades et rend ainsi très commode le fonctionnement du service.

Les examens radiologiques, radioscopie et radiographies, sont pratiqués dans le service de radiologie installé dans les sous-sols du même bâtiment. De plus, une salle spéciale de radioscopie est installée près de l'entrée de l'hôpital pour l'examen des malades de l'extérieur.

La partie chirurgicale assurée par les Chirurgiens de l'hôpital se bornait, jusqu'à ces derniers mois, aux interventions sur le nerf phrénique.

Pour les interventions osseuses sur le thorax, nous adressions nos malades à des services parisiens; maintenant que les indications des résections costales sont bien établies, que la technique en est nettement définie, que les résultats en sont connus, les chirurgiens de l'hôpital ont commencé à pratiquer eux-mêmes ces interventions, puisque par ailleurs le nombre croissant des indications chirurgicales justifiait l'acquisition du matériel nécessaire et permettait un entraînement suffisant.

Nous continuons, en ce qui concerne les pleuroscopies, à adresser nos malades à Paris aux Docteurs ROLLAND, BRISSAUD et HAUTEFEUILLE qui ont bien voulu nous assurer leur éminent concours dont nous les remercions.

FONCTIONNEMENT DU SERVICE

Comment va se poursuivre, dans le cadre décrit, le traitement des malades ? Il nous faut, avant d'étudier cette question, mettre en lumière une notion capitale à laquelle doit s'adapter notre conduite thérapeutique. Nous voulons parler de la classe sociale de nos malades qui sont représentés par des ouvriers agricoles, de petits cultivateurs, des employés, des ouvriers, toutes gens de condition modeste. Il nous faudra donc prolonger le moins possible leur séjour, en raison des frais que leur occasionne l'hospitalisation qui est coûteuse pour eux et pour la collectivité, et parce qu'ils sont le plus souvent soutiens de famille, indispensables à la vie du foyer.

Dans le cas le plus favorable, lorsque nous avons créé un pneumothorax chez un sujet, nous devons renoncer à le voir rester dans le service dès qu'il est stabilisé. Les nécessités matérielles l'obligent à rentrer chez lui où il devra continuer à se soigner en cure libre s'il ne peut accepter le placement en sanatorium. C'est dire qu'il nous est impossible de songer à le garder sous une surveillance quotidienne prolongée. Nous n'en continuons pas moins à le suivre de façon efficace.

Nous avons en effet organisé une séance hebdo-

madaire de radioscopie réservée aux malades de l'extérieur.

C'est là que nous les reverrons régulièrement; c'est là que nous pourrons juger leurs progrès; c'est là que nous leur proposerons, le cas échéant, une nouvelle hospitalisation; c'est là enfin que nous tiendrons à jour la fiche et le dossier médical (observation clinique et radiographies) constitués lors de leur premier séjour.

D'ailleurs, en général, nous les revoyons dans l'intervalle des séances de radioscopie, car c'est dans le service qu'ils viennent se faire insuffler.

Parfois, certains malades qui résident loin de Fontainebleau, dans le but d'éviter les frais et la fatigue d'un voyage long, dispendieux et souvent dangereux pour eux surtout en hiver, font entretenir leur pneumothorax par leur médecin traitant, lequel s'est fréquemment mis au courant de cette pratique dans le service. Mais, là encore, nous sommes loin de perdre le contact, puisque le médecin accompagne régulièrement son malade aux séances de radioscopie pour l'examiner avec nous.

Ainsi s'est organisée une sorte de surveillance élargie des malades qui restent pour ainsi dire englobés dans un vaste cercle dont l'hôpital serait le centre. Dès qu'un incident se produit soit dans l'évolution du pneumothorax, soit dans la marche de la maladie, c'est dans le service que revient le malade, de lui-même ou par l'intermédiaire de son médecin.

Pour les malades plus gravement atteints, chez les-

quels aucune intervention ne peut être immédiatement envisagée, nous nous efforçons de prolonger le plus possible leur hospitalisation; puis, chaque fois que nous le pouvons, nous les dirigeons vers un sanatorium d'Etat (Arnières, La Guiche, Hauteville, etc...) en évitant de faire des demandes pour des malades dont l'état nous paraît peu susceptible d'être amélioré par une cure sanatoriale, même d'altitude : nous voulons éviter d'encombrer les sanatoria publics et ne pas risquer ainsi d'empêcher d'autres malades plus curables de bénéficier du traitement dans ces établissements.

Bien souvent, cette catégorie de malades s'aggrave et vient grossir le nombre hélas déjà trop élevé — nous aurons l'occasion d'y revenir — des malheureux qui n'entrent dans le service que pour y terminer l'évolution fatale d'une affection tardivement dépistée ou trop longtemps négligée.

Signalons également que nous avons souvent l'occasion de soigner, de façon transitoire, des malades venus de Paris ou d'un Sanatorium pour un séjour dans la région de Fontainebleau et qui s'adressent au service pour leurs insufflations et leur surveillance radioscopique.

Enfin, M. le Professeur Robert DEBRÉ nous a confié l'observation des nourrissons destinés à être reçus à l'Œuvre du Placement Familial des Tout-Petits. Nous procédons, pour eux, aux examens cliniques, radiologiques et aux réactions tuberculiniques exigés avant leur admission dans cette œuvre quand ils ont vécu dans un milieu contaminateur.

LES RESULTATS

Etude statistique.

Avant d'entreprendre l'étude des résultats thérapeutiques de ces dix dernières années, nous croyons utile de donner quelques chiffres susceptibles de nous éclairer sur le développement, l'extension, l'activité du service de phthisiologie de Fontainebleau pendant cette même période.

Dans un premier tableau, nous indiquons, en face de chaque année, le nombre des tuberculeux hospitalisés pour la première fois dans le service. Le chiffre correspondant à une année déterminée ne représente donc pas le nombre total d'entrées : nous n'y faisons pas figurer les hospitalisations réitérées de malades pris en traitement dans les années précédentes.

Tuberculeux entrés pour la 1^{re} fois dans le service :

En 1927	54
1928	72
1929	90
1930	103
1931	104
1932	98

1933	106
1934	105
1935	103
1936	122
1937	126
	1083

Le total 1.083 représente le nombre de malades soignés de 1927 à 1937.

Un second tableau nous fait connaître le nombre total des entrées de tuberculeux pour chaque année, que ces malades entrent pour la première fois à l'hôpital ou y reviennent pour un nouveau séjour :

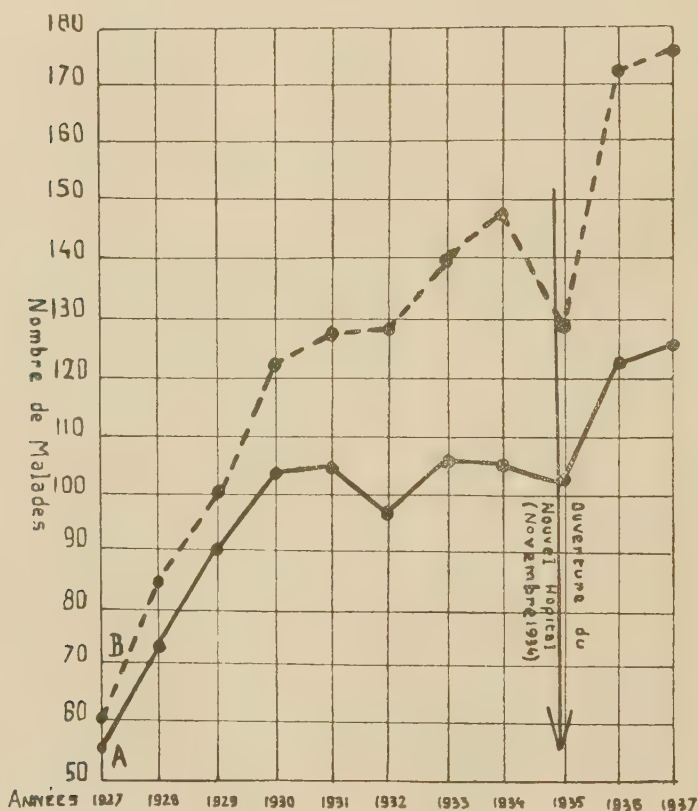
Total des tuberculeux reçus dans le service :

En 1927	60
1928	83
1929	100
1930	121
1931	128
1932	128
1933	140
1934	148
1935	129
1936	171
1937	176
	1385

De 1927 à 1937, il y a donc eu pour 1083 malades soignés, 1385 hospitalisations.

Si nous voulons représenter les deux tableaux pré-

cédents en un graphique, nous obtenons les courbes ci-contre (courbes A et B, fig. 1) dont l'étude fait ressortir les quelques suivants :



1° Le nombre des malades soignés est de 54 en 1927; en 1930, il a presque doublé; il atteint 126 en 1937, soit sensiblement deux fois et demie le chiffre de l'année 1927;

2° la courbe peut se diviser en trois segments : le premier régulièrement ascendant correspond au nombre croissant des tuberculeux entre les années 1927

et 1930; le second, en plateau, semble indiquer un nombre maximum de tuberculeux atteint en 1930 et maintenu jusqu'à 1935. Ce maximum paraît imposé par le manque de place et l'insuffisance des anciens locaux, puisque, à partir de l'année 1935, le nouvel établissement beaucoup plus spacieux étant ouvert, la courbe reprend son ascension régulière (3^e segment).

Ces deux premiers points sont l'expression manifeste de l'expansion du service des tuberculeux, expansion non seulement en valeur absolue, mais, comme nous l'avons prouvé plus haut, relativement au nombre total de malades reçus dans les services de médecine.

3^o La hauteur qui sépare les points des deux courbes correspondant à une même année donne une idée du nombre d'hospitalisations nouvelles de tuberculeux recrutés pendant les années précédentes. Ainsi, en 1934, par exemple, sur 148 tuberculeux reçus dans le service, 105 étaient des malades nouveaux; les autres, soit 43, étaient des malades déjà hospitalisés entre les années 1927 et 1933 et revenus pour un nouveau séjour.

La distance qui sépare les courbes A et B restant partout nettement accusée, nous montre le lien qui existe entre les malades et le service. Si une poussée évolutive s'allume, si une complication survient, nous voyons la plupart du temps le sujet rentrer à l'hôpital. Nous l'y connaissons, nous sommes au courant de son histoire clinique, nous possédons son dossier, ses radiographies; nous pourrions agir utilement.

Ainsi se trouve démontrées l'unité, la continuité du traitement et la surveillance sinon directe (nous avons vu son impossibilité matérielle), du moins constante de nos tuberculeux *pendant de nombreuses années*, voire même toute la durée de leur maladie. C'est peut-être même un avantage de ce Centre Régional de phtisiologie sur les établissements sanatoriaux et sur les centres hospitaliers des grandes villes, pour lesquels les malades, plus disséminés et plus mouvants, sont plus facilement perdus de vue.

Malgré cet avantage, il est bien évident, cependant, qu'un certain nombre de nos hospitalisés sont perdus de vue.

Comme nous venons de l'indiquer, nous avons eu à nous occuper, de 1927 à 1937, de 1083 malades parmi lesquels actuellement :

410 ont été perdus de vue;

407 sont décédés;

le reste, soit 266 malades, continuent à être soignés et sont, dans la presque totalité des cas, porteurs d'un pneumothorax ou d'une intervention collapsothérapique.

Nous étudierons les résultats en développant chacun des chapitres suivants :

- les malades perdus de vue;
- les résultats du traitement;
- l'étude de la mortalité.

LES MALADES PERDUS DE VUE

Cette classe hélas trop nombreuse qui fait le désespoir du thérapeute, constitue également un obstacle quasi insurmontable à qui veut établir une statistique sérieuse. Comment faire entrer ces malades dans une classification quelconque ? Nous tâcherons seulement d'émettre quelques hypothèses.

Remarquons tout d'abord qu'il est rare qu'un malade suivi depuis un certain temps, souvent porteur d'une intervention nous laisse tout à coup sans nouvelles.

Il s'agit presque toujours de malades nouveaux. Après leur départ du service, nous ne les revoyons plus. Que deviennent-ils ? Nous pouvons parfois le deviner d'après les raisons qui ont motivé leur sortie.

Il est en effet manifeste qu'un très grand nombre de ces perdus de vue sont des malades entrés dans un état désespéré et que la famille veut emmener avant l'issue fatale. On peut facilement deviner le sort de ces malheureux.

Le reste se compose soit de malades renvoyés pour indiscipline : ils ne forment qu'une infime minorité ; soit de malades sortis sur leur demande pour deux sortes de raisons : ou bien parce qu'ils refusent une intervention proposée — le fait est rare, car le sujet récalcitrant finit souvent par se laisser convaincre par nos arguments et aussi après l'encouragement qu'il reçoit de ses camarades « anciens » — ou bien parce

qu'ils ne peuvent ou ne veulent s'astreindre à une inaction prolongée.

Il est clair, en tous cas, que nous ne devons formuler aucune hypothèse sur l'avenir de ces deux groupes de malades.

RESULTATS DU TRAITEMENT

Nous pourrions presque intituler ce chapitre « Résultats du traitement collapsothérapique » car la plupart des malades que nous allons y étudier ont bénéficié d'une intervention de cet ordre.

Cela ne signifie nullement que nous ne laissions une large place aux médications chimique et biologique; nous les appliquons comme adjuvant du traitement collapsothérapique ou isolément si l'atteinte est légère, si la condition sociale du malade lui permet d'attendre l'effet favorable de la cure hygiéno-diététique. Ces cas sont rares d'ailleurs.

Le plus souvent, le traitement médical pur est réservé à des malades qui ne sont pas justiciables à un moment donné, ou ne le seront jamais, du traitement collapsothérapique.

Quoiqu'il en soit, nous nous efforcerons d'intervenir le plus souvent et le plus rapidement possible : il est bien reconnu maintenant que c'est la ligne de conduite qui donne le maximum de chances de guérison, même chez des malades peu atteints, et à plus forte raison quand ceux-ci, du fait de considérations so-

ciales, ne peuvent que réduire au minimum le temps de leur inactivité.

En tenant compte des trois facteurs qui permettent d'apprécier la guérison :

- nettoyage radiologique,
 - stérilisation bactériologique (examens répétés de crachats et inoculation au cobaye),
 - stabilité dans le temps des résultats acquis,
- nous pouvons établir la classification suivante pour juger les résultats du traitement :

1° GROUPE : guéris :

c'est-à-dire malades présentant	{	— des crachats non bacillifères; — une image radiologique normale ou cicatricielle; — une activité normale depuis au moins un an.
--	---	---

2° GROUPE : très améliorés, au point d'être pratiquement guéris :

Nous considérons comme tels des malades pour lesquels nous ne pouvons pas encore affirmer la guérison (bien que leur expectoration ne soit plus bacillifère), à cause d'un nettoyage radiologique imparfait, ou simplement par le fait que nous n'avons pas la preuve absolue de la stabilisation de leur état.

Ce sont des malades à lésions non actives.

3° GROUPE : malades stationnaires :

Ce sont des malades à lésions non évolutives mais pouvant présenter encore des manifestations d'activité.

4° GROUPE : aggravés et décédés.

5° GROUPE : malades observés et traités depuis peu de temps.

Nous avons eu à nous occuper de 1.083 malades :

410 ont été perdus de vue,

les autres, soit 673 malades, se répartissent ainsi :

1° Groupe : guéris	54
2° Groupe : très améliorés	83
3° Groupe : stationnaires	69
4° Groupe : aggravés et décédés	417
5° Groupe : malades observés et traités depuis peu de temps	50

1° GROUPE : guéris (54).

Il comporte 54 malades dont voici le détail par années avec le traitement qui leur a été appliqué :

Année	Nombre de malades	Détail du traitement
1927	4	2 pneumos. 2 traitements non collapsothérapiques.
1928	5	4 pneumos. 1 traitement non collapsothérapique.
1929	3	3 pneumos dont 1 a été complété par un oléo. — — 1 a été bilatéralisé en 1933.
1930	8	8 pneumos dont 3 ont été complétés par des oléos. — — 1 a été bilatéral d'emblée.
1931	8	6 pneumos dont 4 ont été complétés par des oléos.

Année	Nombre de malades	Détail du traitement.
		2 traitements non collapsothérapiques.
1932	6	6 pneumos dont 1 a été complété par un oléo.
1933	7	7 pneumos dont 1 a été complété par un oléo.
		— — 1 a été suivi de phrénicexérèse.
1934	1	1 pneumo.
1935	4	3 pneumos.
		1 traitement non collapsothérapique.
1936	8	8 pneumos.

De ces guérisons :

- 2 sont stables depuis 1929;
- 6 sont stables depuis 1931;
- 3 sont stables depuis 1932;
- 6 sont stables depuis 1933;
- 5 sont stables depuis 1934;
- 14 sont stables depuis 1935;
- 18 sont stables depuis 1936 et début 1937.

Sur les 54 malades de ce groupe, 48, donc 88 p. cent ont bénéficié du traitement collapsothérapique; 6 seulement ont guéri sans intervention. Si la chose était encore à prouver, ces chiffres seuls montreraient l'évidence de la valeur de la collapsothérapie.

2° GROUPE : très améliorés (83).

Nous indiquons ci-dessous, avec leur année de début, les modes de traitement auxquels ont été soumis ces 83 malades :

Année	Nombre de malades	Détail du traitement.
1927	7	4 pneumos dont 2 ont été complétés par des oléos. — — 1 a été bilatéralisé en 1930. 2 phréni-exérèses. 1 traitement non collapsothérapie.
1928	10	5 pneumos dont 2 ont été complétés par des oléos. — — 1 a été bilatéralisé en 1934. 1 phréni-exérèse. 4 traitements non collapsothérapiques.
1929	9	7 pneumos dont 1 a été suivi de phréni- exérèse. 2 traitements non collapsothérapiques.
1930	5	4 pneumos dont 3 ont été bilatéralisés en 1930 et en 1933. 1 traitement non collapsothérapie .
1931	10	9 pneumos dont 1 a été complété par un oléo. — — 2 ont été suivis de phréni-exérèses. — — 2 ont été bilatéralisés en 1933 et en 1934. 1 phréni-exérèse.
1932	9	9 pneumos dont 1 a été complété par un oléo. — — 2 ont été suivis de phréni-exérèses. — — 2 ont été bilatéralisés en 1934.
1933	9	8 pneumos. 1 traitement non collapsothérapie.
1934	8	7 pneumos dont 1 a été complété par un oléo.

Année	Nombre de malades	Détail du traitement.
		— — 1 a été suivi de phréni- exérèse.
1935	11	1 phréni-exérèse. 10 pneumos dont 2 ont été suivis de phréni-exérèses.
1936	3	1 phréni-exérèse. 3 pneumos dont 1 a été suivi de phréni- exérèse.
1937	2	2 pneumos dont 1 rapidement bilatéra- lisé.

Nous retrouvons dans cette catégorie le même pourcentage élevé (89 p. cent) d'interventions, qui en souligne encore la valeur.

Ces deux premiers groupes représentent donc le pourcentage de 21,8 p. cent de nos malades totaux.

3° GROUPE : malades stationnaires (69).

Etudions, ici encore, les interventions pratiquées :

Année	Nombre de malades	Détail du traitement.
1927	1	1 pneumo.
1928	2	1 pneumo suivi de thoracoplastie. 1 traitement non collapsothérapie.
1929	6	1 pneumo. 1 phréni-alcoolisation. 4 traitements non collapsothérapeutiques.
1930	6	2 pneumos dont 1 bilatéralisé en 1935. 1 phréni-alcoolisation. 3 traitements non collapsothérapeutiques.

Année	Nombre de malades	Détail du traitement.
1931	2	1 pneumo complété par un oléo puis une phréni-exérèse. 1 phréni-exérèse.
1932	7	2 pneumos dont 1 suivi de phréni-al- coolisation. 2 phréni-exérèses. 3 traitements non collapsothérapiques.
1933	13	10 pneumos dont 1 suivi de phréni-exé- rèse. — — 2 bilatéralisés en 1935 et en 1937. 1 phréni-alcoolisation. 2 traitements non collapsothérapiques.
1934	18	11 pneumos dont 1 suivi de phréni-al- coolisation. — — 1 bilatéralisé en 1936. 1 phréni-alcoolisation. 3 phréni-exérèses. 3 traitements non collapsothérapiques.
1935	7	3 pneumos dont 1 suivi de thoraco- plastie. 2 phréni-alcoolisations. 1 phréni-exérèse. 1 traitement non collapsothérapique.
1936	7	3 pneumos dont 1 suivi de phréni-al- coolisation. — — 1 suivi de phréni-exé- rèse. — — 1 bilatéralisé en 1937. 2 phréni-exérèses. 2 traitements non collapsothérapiques.

Dans ce troisième groupe, 27 p. cent des malades ont eu une intervention.

4° GROUPE : aggravés et décédés (417).

Voici, par années, quels ont été les traitements institués :

Année	Nombre de malades	Détail du traitement.
1927	5 pneumos.	
1928	11 pneumos dont	1 a été complété par un éléo.
	—	1 a été suivi de phréni-exérèse..
	—	1 a été bilatéralisé en 1930.
	2 phréni-exérèses.	
1929	9 pneumos dont	2 ont été complétés par des oléos.
	—	1 a été suivi de phréni-alcoolisation.
	—	3 ont été bilatéralisés en 1929 et en 1932.
	3 phréni-exérèses.	
1930	8 pneumos dont	1 a été suivi de phréni-alcoolisation.
	—	3 ont été suivis de phréni-exérèses.
	—	3 ont été bilatéralisés en 1930 et en 1933.
	1 phréni-exérèse.	
	2 phréni-alcoolisations.	
1931	5 pneumos dont	1 a été complété par un oléo.
	—	1 a été complété par un oléo puis bilatéralisé en 1934.
	—	2 ont été bilatéralisés en 1932.
1932	7 pneumos dont	1 a été suivi de phréni-alcoolisation, puis bilatéralisé en 1934.
	—	1 a été bilatéralisé en 1932.
	2 phréni-exérèses.	

Année	Nombre de malades	Détail du traitement
1933	11 pneumos	dont 1 a été complété par un oléo.
	—	— 1 a été complété par un oléo puis une phréni-exérèse.
	—	— 1 a été suivi de phréni-alcoolisation puis bilatéralisé en 1936.
	—	— 4 ont été bilatéralisés en 1933, 1934, 1935 et 1937.
		3 phréni-alcoolisations.
		3 phréni-exérèses.
1934	4 pneumos	dont 1 a été suivi de phréni-exérèse.
	—	— 1 a été suivi de phréni-alcoolisation.
	—	— 1 a été complété par un oléo puis bilatéralisé en 1935.
		1 phréni-alcoolisation.
		2 phréni-exérèses.
1935	8 pneumos	dont 1 a été bilatéralisé en 1936.
1936	3 pneumos	dont 1 a été bilatéralisé en 1937.

Sur ces 417 cas, il n'y a eu que 90 malades, soit 21 p. cent seulement, pour lesquels on ait tenté, souvent en désespoir de cause, un ou plusieurs traitements collapsothérapiques.

Nous voyons dans cette catégorie que les interventions itératives chez le même malade sont beaucoup plus fréquentes que dans les groupes envisagés précédemment. Cela indique, selon toute évidence, que la lutte a été beaucoup plus âpre sur des cas dont le potentiel morbide a été plus sévère.

Signalons enfin, dans cette catégorie, un nombre

beaucoup plus élevé d'alcoolisations du nerf phrénique, cette intervention ayant eu ici un caractère d'essai thérapeutique.

5° GROUPE :

Ce groupe comporte 50 malades dont l'intervention est trop récente pour que nous puissions les classer dans l'un des groupes précédents.

ETUDE DE LA MORTALITE.

Voyons d'abord comment se répartissent par année les 407 décès :

Pour l'année	1927		7
—	—	1928	 24
—	—	1929	 31
—	—	1930	 30
—	—	1931	 39
—	—	1932	 42
—	—	1933	 43
—	—	1934	 45
—	—	1935	 28
—	—	1936	 51
—	—	1937	 67

Le total de décès d'une année quelconque représente, en réalité, la somme de deux données numériques qui correspondent à :

- la mortalité rapide;
- la mortalité éloignée.

La mortalité rapide est constituée par le nombre des malades décédés l'année même de leur première entrée. Il s'agit là, évidemment, de sujets gravement atteints chez lesquels aucun traitement n'est, le plus souvent, possible.

La mortalité éloignée représente, au contraire, le nombre de décès de malades provenant du recrutement des années précédentes. Pour ces derniers, une intervention a été fréquemment tentée.

Il nous faudrait donc, pour juger de l'importance relative de ces deux catégories, établir, pour chaque année, deux pourcentages représentés :

l'un par le rapport :

$$\frac{\text{mortalité rapide}}{\text{nombre total de malades nouveaux entrés dans l'année}}$$

l'autre par le rapport :

$$\frac{\text{mortalité éloignée}}{\text{nombre global de malades survivants}}$$

La comparaison et l'évolution de ces pourcentages au cours des années nous feraient savoir lequel l'emporte sur l'autre, si l'un des deux diminue ou augmente, en d'autres termes, si le recrutement s'améliore ou si, au contraire, la mortalité diminue chez les sujets traités.

Nous devons malheureusement renoncer à dresser le second des rapports précédents : nous n'en connaissons aucun des termes du fait des malades perdus de vue. Comment les répartir ? Combien faudrait-il

en compter parmi les décédés, donc dans le numérateur, combien parmi les survivants, c'est-à-dire dans le dénominateur ?

Le premier rapport :

mortalité rapide

total des malades nouveaux de l'année

peut par contre être établi, sinon d'une manière rigoureuse, du moins de façon assez approximative.

Le dénominateur en est parfaitement connu; l'autre terme, lui, ne pourra être qu'approché : certains malades sont en effet sortis, l'année même de leur premier séjour, dans des conditions telles que, si nous ne les avons pas perdus de vue, nous serions sûrement appelés à les englober dans la mortalité rapide. Le chiffre des décès indiqué sera donc toujours trop faible et entraînera, par suite, un pourcentage toujours inférieur à la réalité.

Nous allons examiner dans les colonnes suivantes, ce qu'est, pour chaque année, ce pourcentage :

	Nombre de malades entrant pour la 1 ^{re} fois dans l'année	Nombre de ces malades décédés la même année	Pourcentage
1927	54	6	11,1 p. cent
1928	72	20	27,7 —
1929	90	23	25,5 —
1930	102	20	19,6 —
1931	104	18	17,3 —
1932	98	25	25,5 —
1933	106	26	24,5 —
1934	105	27	25,7 —
1935	103	18	17,4 —
1936	122	28	22,9 —
1937	126	33	26,1 —

Ainsi donc, en moyenne, 25 p. cent des malades nouveaux que nous recevons sont destinés à mourir la même année.

Nous devons donc nous résigner à voir venir à nous des malades si mal en point pour la plupart, qu'un quart d'entre eux est perdu d'avance sans intervention possible. Encore avons-nous vu qu'il s'agit là d'un chiffre bien inférieur à la réalité.

Et ce sont ces malheureux condamnés qui viennent gréver notre mortalité annuelle; ils en forment l'immense majorité. En effet, en :

1927,	ils	comptent	6	décès	sur	un	total	de	7	soit	85,7	p. cent
1928	—	20	—	—	—	—	24	—	83,3	—	—	—
1929	—	23	—	—	—	—	31	—	74,1	—	—	—
1930	—	20	—	—	—	—	30	—	66,6	—	—	—
1931	—	18	—	—	—	—	39	—	46,1	—	—	—
1932	—	25	—	—	—	—	42	—	59,5	—	—	—
1933	—	26	—	—	—	—	43	—	60,4	—	—	—
1934	—	27	—	—	—	—	45	—	60	—	—	—
1935	—	18	—	—	—	—	28	—	64,2	—	—	—
1936	—	28	—	—	—	—	51	—	54,9	—	—	—
1937	—	33	—	—	—	—	67	—	49,2	—	—	—

Par conséquent, en moyenne 64 p. cent des décès enregistrés annuellement surviennent chez des malades nouvellement recrutés pour lesquels rien n'a pu être tenté.

Cette notion trouve sa confirmation dans le fait que sur les 407 décès, nous ne trouvons que 90 malades porteurs d'une intervention. Chez les 317 autres donc, plus des trois quarts, notre conduite avait dû se borner à un traitement symptomatique.

Il serait inutile de vouloir classer ces malades d'après les lésions constatées à leur entrée dans le service car l'immense majorité en était à un stade d'évolution auquel de petites différences cliniques ou radiologiques n'influent guère sur le pronostic.

Un classement plus significatif tient compte de la survie de ces malheureux :

parmi eux :

60 sont décédés en moins de quinze jours après leur entrée;

88 en moins de six semaines;

60 en moins de trois mois.

Autrement dit, plus de la moitié n'a survécu que moins de six semaines; des restants, un bon tiers n'a pas dépassé trois mois; finalement, seuls 67 sur 317 ont eu une survie supérieure à cinq mois.

Ces chiffres sont assez éloquentes par eux-mêmes pour que nous jugions utile de les commenter. Nous ne pouvons que reprendre les termes amers employés par le Dr. EVEN dans un article de la Revue de la Tuberculose :

« Nous ne désespérons pas de recevoir dans un avenir prochain un mort et des agonisants, le hasard seul explique que l'événement ne se soit pas produit » (Revue de la Tuberculose, 5^e série, Tome 3, n^o 1, janvier 1937).

Il faut cependant noter que, de 1928 à 1937, le nombre de ces décès rapides a peu varié et que leur pourcentage par rapport aux décès globaux est en diminution nette.

Cela témoigne, à n'en pas douter, d'une amélioration dans le recrutement des malades et d'une meilleure éducation du public qui accepte plus facilement une hospitalisation dont il a moins d'appréhension.

ENSEIGNEMENTS PRATIQUES TIRES DE CES DIX ANNEES DE FONCTIONNEMENT DU SERVICE

Il est bien évident que la notion frappante qui se dégage de cette étude statistique est hélas celle de l'importance de la mortalité.

Les causes de cette mortalité considérable doivent être cherchées — les chiffres en font foi — dans le recrutement trop tardif de nos tuberculeux.

Quels sont donc les facteurs qui viennent différer l'hospitalisation des malades et leur faire perdre le bénéfice d'une intervention précoce ?

Nous tacherons de les déterminer en étudiant les différentes façons dont un malade est amené à entrer dans le service. Il peut y entrer :

- de lui-même,
- sur le conseil de son médecin,
- par l'intermédiaire du Dispensaire d'Hygiène Sociale.

a) LE MALADE VIENT DE LUI-MEME :

Il arrive en effet parfois qu'un malade soit découvert à la consultation externe de l'hôpital assurée par l'un des médecins du service.

Ce dépistage peut être tardif pour trois sortes de raisons :

— ou bien parce que le malade, négligent, s'observant mal ne s'est inquiété qu'à la longue de symptômes qui eussent poussé un sujet plus intuitif à consulter plus rapidement;

— ou bien parce que l'affection restant longtemps latente, le malade n'avait à bon droit aucune raison de la soupçonner;

— ou bien enfin parce que, poussé par les nécessités matérielles, il a « tenu » le plus longtemps possible.

On doit ici, incriminer, en fin de compte, d'une part l'incurie et l'ignorance des malades (notions qui sont étroitement superposables); d'autre part l'insidiosité de la tuberculose pulmonaire.

b) LE MALADE VIENT SUR LE CONSEIL DE SON MEDECIN.

Les médecins des bourgades et de la campagne alentour nous fournissent la majorité de nos tuberculeux. Pourquoi les malades qu'ils nous envoient en sont-ils déjà, si souvent, à un stade d'évolution avancée ?

Le diagnostic a-t-il été trop tardif ? Ce n'est sûrement pas cette raison qu'il faut invoquer. Le temps n'est plus où le médecin, isolé en campagne ne devait compter sur aucun examen bactériologique et radiologique. Le Dispensaire d'Hygiène Sociale et le

service de l'hôpital ont mis tous ces moyens à la disposition des médecins de notre région, et nous sommes à même de constater que ceux-ci s'en servent.

Le diagnostic a été la plupart du temps assez précoce.

Mais le malade ne nous sera malheureusement pas envoyé dès cette époque. Un obstacle considérable vient en effet retarder la mise en œuvre d'un traitement actif : c'est cette confusion constante que fait le malade entre la fin d'une poussée évolutive et une amélioration de son état, voire même la guérison de sa maladie. Il ne peut plus concevoir, une fois la poussée éteinte qu'il continue à être un malade grave. Et l'on comprend combien sera malaisée pour le médecin la tâche de faire accepter l'idée d'une hospitalisation et d'un traitement prolongé à un malade qui se croit hors de danger, à une famille qui pense de la même façon.

A un degré de plus, le médecin lui-même se fait parfois illusion devant l'amélioration passagère de l'état général du malade et des signes sthétacoustiques qui suit une poussée évolutive.

Il n'y a guère d'autres causes susceptibles d'amener le médecin à différer l'hospitalisation de son malade. Il se trouve, en effet, de moins en moins de médecins pour douter encore de la valeur du traitement collapsothérapique qui a suffisamment fait ses preuves, et, parallèlement, il y a maintenant peu de praticiens qui restent sur cette impression ancienne que le tuberculeux est un incurable qu'on doit suivre, dé-

sarmé, dans une lente évolution, dont on ne demandera l'hospitalisation qu'avant l'issue fatale.

c) LE MALADE EST ENVOYE PAR LE DISPENSAIRE D'HYGIENE SOCIALE

Les malades que nous recevons par ce canal sont, il faut l'admettre, presque toujours graves et leur situation se présente presque invariablement de la façon suivante : Ils sont suivis depuis quelques mois par le Dispensaire. Ce dernier, lors d'un examen initial, a découvert un malade souvent curable et a fait, à son sujet, une demande de placement dans un sanatorium d'Etat. Malheureusement, par suite de la lenteur des démarches administratives de placement, la demande reste souvent plusieurs mois avant de recevoir satisfaction. (Des dispositions toutes récentes ont permis, cependant, ces derniers mois, de raccourcir heureusement les délais).

Pendant toutes ces démarches, le malade reste chez lui, ne fait à peu près aucun traitement, se borne à revenir de temps à autre à la radioscopie du Dispensaire. Un temps précieux est ainsi perdu et ce n'est que devant l'extention des lésions que le Dispensaire nous envoie un malade dont la demande de placement n'est pas encore satisfaite et qui, maintenant aggravé, ne peut plus bénéficier d'aucune intervention efficace.

Le contretemps est d'autant plus fâcheux que le malade parce qu'il était suivi se croyait soigné (il

élève la radioscopie au rang de traitement véritable). Et cette illusion l'incitant à patienter ne le poussait certes pas, devant le long sursis imposé à son placement, à rechercher des soins plus rapides et plus actifs.

Nous avons passé en revue les diverses causes qui expliquent le recrutement tardif d'une grosse majorité de nos malades.

Comment remédier à cet état de choses ?

Il est difficile d'apporter une solution originale à un problème maintes fois posé sur le plan plus général de la lutte anti-tuberculeuse. Il est néanmoins utile de revenir incessamment sur certains sujets brûlants et de savoir poser le doigt sur la plaie.

Voici les moyens que nous estimons les plus propres à favoriser le recrutement précoce :

- l'éducation de la population;
- le dépistage à l'école;
- une collaboration étroite du Dispensaire d'Hygiène Sociale et des médecins de la région avec notre centre de phthisiologie.

L'EDUCATION DE LA POPULATION.

Pour que l'éducation de la population puisse se faire avec fruit, il faut un vulgarisateur qui possède des connaissances techniques solides et étendues, qui puisse pénétrer dans le sein même des familles, qui jouisse de la considération et de la confiance de ces

familles. Nul ne peut, à notre avis, mieux que le médecin réunir ces conditions. *C'est à lui avant tout que revient la tâche d'éducateur.*

On doit admettre que grâce au médecin le malade parviendra à une connaissance plus précise de la tuberculose pulmonaire, de son insidiosité, de sa contagiosité; enfin il se persuadera de l'importance capitale d'un traitement énergique entrepris dès le diagnostic posé. Sachant nettement les risques qu'il court malgré la trompeuse accalmie qui succède à une poussée évolutive, sachant les risques qu'il fait courir à son entourage, le malade se décidera bien plus facilement à l'isolement et à une intervention qu'il saura efficace *si elle est précoce.*

LE DEPISTAGE A L'ECOLE

Un très grand progrès a été fait pour le dépistage du tuberculeux à l'école. On ne saurait trop insister sur la valeur d'une telle pratique : elle permet non seulement de découvrir un malade, mais, très fréquemment, de remonter jusqu'au foyer de contamination. Une très large place doit être réservée à la pratique de la cuti-réaction. L'enfant se présente comme un véritable « réactif de l'état d'une famille ». Le virage de sa cuti-réaction témoigne de l'existence d'un contaminateur que l'on découvrira le plus souvent dans le milieu familial ou son voisinage.

On ne peut que souhaiter l'extension des mesures aussi fructueuses, d'autant plus que c'est à l'école que

les examens systématiques sont le plus facilement réalisables : ils ne se heurtent à aucune objection de la part du public. Bien plus, ils ont un rôle éducatif certain vis-à-vis des familles dont ils attirent systématiquement l'attention.

Ces examens, s'ils sont surtout applicables aux enfants, pourraient peut-être franchir les murs de l'école. La voie nous a, dans ce sens, été tracée par les Administrations dont les fonctionnaires subissent un examen médical à leur entrée, par l'Armée Française dont les recrues sont soumises à un examen identique lors de leur incorporation. Et nous rappellerons les heureux résultats obtenus dans l'Armée. Grâce à ses appareils radioscopiques transportables, le service sanitaire militaire peut examiner chaque année, dans toutes les provinces de la France, des milliers de jeunes gens.

Il n'est pas douteux que le développement de ces moyens de dépistage coïncidant avec une meilleure éducation du public ne doive favoriser dans une large mesure le recrutement précoce des malades.

LA COLLABORATION DES MEDECINS ET DU DISPENSARE D'HYGIENE SOCIALE AVEC LE CENTRE REGIONAL DE PHTISIOLOGIE

Voici comment nous envisagerions cette étroite collaboration.

Le médecin qui en général a fait un diagnostic précoce nous envoie immédiatement son malade, détermination qui présente le triple avantage :

- d'isoler le malade,
- de permettre une intervention aussi précoce que possible,
- enfin, si celle-ci n'est pas immédiatement praticable, de placer d'emblée le malade dans les meilleures conditions de repos et de traitement.

Lorsque le malade rentre chez lui, le médecin continue à le soigner sous notre étroite surveillance : en particulier il revient périodiquement l'examiner avec nous à la radioscopie. Il est possible et même souhaitable que — moyennant cette surveillance radioscopique — le médecin entretienne lui-même le pneumothorax de son malade (toute latitude lui est laissée pour venir dans le service se mettre au courant de cette intervention).

De son côté, le Dispensaire d'Hygiène Sociale dont la tâche est le dépistage nous envoie de même son malade aussitôt que le diagnostic est établi.

Le malade évite ainsi la longue période d'attente de son placement sanatorial, pendant laquelle il peut perdre l'occasion, souvent éphémère, d'une intervention collapsothérapie; et nous reprendrons, avec MM. LÉON-KINDBERG et BOISSONNET : « il faut éviter un temps perdu déplorable à tous les égards; les succès, en quantité comme en qualité, sont proportionnels à la précocité des décisions; la première chose à faire est d'arrêter, de stopper si l'on peut dire l'évolution de la lésion tuberculeuse : un collapsus rapidement efficace telle est la première vic-

toire à remporter; c'est ensuite qu'il faut aider le tuberculeux à le parfaire et le consolider : c'est le temps de la cure et du sanatorium ».

Si la cure sanatoriale est seule indiquée, c'est dans le service, donc dans les meilleures conditions, que le malade peut attendre son placement.

Dans ces conditions se justifie l'intérêt capital de l'Hôpital-Sanatorium comme centre de traitement définitif ou d'attente avant le placement en sanatorium, d'élimination des éléments contagieux, enfin d'éducation de la population.

L'Hôpital-Sanatorium forme ainsi un Centre Régional qui coordonne, qui complète les efforts du Dispensaire d'Hygiène Sociale et des Médecins : il forme le pivot de la lutte anti-tuberculeuse d'une région.

C'est dans cet esprit que nous avons conçu le rôle de l'Hôpital-Sanatorium.

C'est lui que nous nous sommes efforcés de réaliser à Fontainebleau.

CONCLUSIONS

I. — Il a été créé dans l'Hôpital de Fontainebleau, un Centre qu'on peut qualifier d'Hôpital-Sanatorium et qui fonctionne depuis dix ans.

II. — Il a été traité, pendant ce temps, 1.083 tuberculeux sur lesquels :

— 410 ont été perdus de vue.

Sur les résultats connus, il y a eu :

— 65 p. cent de décès,

— 8 p. cent de guérisons,

— 3 p. cent d'améliorations.

III. — Le nombre élevé des décès est dû à l'état grave dans lequel les malades nous sont le plus souvent amené (38 p. cent de nos malades sont morts en moins de cinq mois, sans intervention possible).

IV. — Il faut donc améliorer le recrutement par la précocité des hospitalisations grâce à une collaboration plus étroite entre le Dispensaire d'Hygiène Sociale, les Médecins de la région et l'Hôpital.

V. — Ce travail prouve l'importance capitale dans la lutte anti-tuberculeuse de l'Hôpital-Sanatorium

comme Centre de traitement, d'éducation et de prophylaxie.

VI. — Il faut compléter l'armement anti-tuberculeux national qui comprend déjà Dispensaires et Sanatoria par la création, sur tout le territoire, d'un plus grand nombre de ces services.

Vu : Le Président de Thèse,
R. DEBRÉ.

Vu : Le Doyen,
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

Malgré nos recherches dans la littérature médicale française, nous n'avons pas trouvé de renseignements bibliographiques comprenant une statistique analogue à celle de ce travail. En effet, les statistiques publiées en milieu sanatorial n'ont pas la même signification, ni celles qui concernent les résultats d'un traitement déterminé.

BERNARD (L.). — L'enseignement de la tuberculose (*Revue de la Tuberculose*, 3^e série, Tome XI, n° 9. Novembre 1930).

BERNARD (L.), POIX (G.) et BOCQUET (A.). — Le tuberculeux après sa guérison par le pneumothorax artificiel (*Presse Médicale* n° 94, 23 novembre 1932).

BLECHMANN (G.). — Assises Nationales du Dimanche 7 juillet 1935 à l'Hôtel-Dieu de Paris : les résultats éloignés de la collapsothérapie (*Concours Médical*, 6 octobre 1935).

COURCOUX (A.), BIDERMAN, ALIBERT et BUCQUOY. — L'examen médical des étudiants en médecine et des infirmières. (*Revue de la Tuberculose*, 4^e série, Tome II, n° 7, juillet 1934).

DEBRÉ (R.) et CORDEY (F.). — Essai sur l'étiologie de la tuberculose dans la seconde enfance. (*Revue Française de Pédiatrie*, 1925).

DEBRÉ (R.) et Mme MARTINY-GAGEY. — Sur l'étiologie de la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte. Les antécédents de quatre cents malades tuberculeux et non

- tuberculeux de l'Hôpital Beaujon. (*Revue de la Tuberculose*, 3^e série, Tome XII, n° 6, Juin 1931).
- DENOYELLE (L.). — Etude statistique sur l'étiologie de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte. (*Thèse de Paris*, 1925).
- DUMAREST (F.) et BRETTE (P.). — La pratique du pneumothorax et de la collapsothérapie chirurgicale (pp. 251-260 : résultats éloignés du pneumothorax artificiel. *Masson* 1929).
- EVEN (R.). — Considérations médico-sociales sur les 1.000 premiers malades sortis de Champceuil. (*Revue de la Tuberculose*, 5^e série, Tome III, n° 1, Janvier 1937).
- GODLEWSKI (H.). — Résultats éloignés de la collapsothérapie : Pneumothorax, phrénicectomie, thoracoplastie. (*La Médecine Générale Française*, Juin 1935).
- GUINARD. — Avenir éloigné de la tuberculose pulmonaire chez 831 hommes cracheurs de bacilles suivis au Sanatorium de Bligny (*Thèse de Paris*, 1925).
- LÉON-KINDBERG et BOISSONNET (J.). — La collapsothérapie précoce et précocément efficace dans le traitement des tuberculeux et la lutte anti-tuberculeuse. (*Revue Médicale Française*, 1938).
- LEREBOULLET (P.) et LELONG (M.). — La tuberculose en 1923. (*Paris Médical*, 7 janvier 1928).
- LUTON (P.) et BERNARD (J.). — Le pneumothorax artificiel à l'Hôpital. Indications, résultats éloignés, remèdes aux insuccès. (*Le Journal Médical Français*, Juillet 1935).
- NAVEAU. — Les résultats du pneumothorax thérapeutique. Etude statistique du Service du D^r RIST. (*Thèse de Paris*, 1924).
- OFFRET. — Résultats éloignés du pneumothorax thérapeutique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (*Thèse de Lyon*, 1926).
- PISSAVY. — Résultats éloignés du pneumothorax artificiel. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 18 novembre 1927).

RIST (E.) et HIRSCHBERG (F.). — Etude statistique sur l'efficacité du pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (*Paris Médical*, 7 janvier 1928).

VERAN (P.). — La cessation du pneumothorax artificiel. Ses indications. L'avenir des malades. (*Doin* 1932).

